



FOTO DE HAFV JANSSEN

La violencia contra las mujeres como un asunto de salud y desarrollo*

Los temas que se abordan en este capítulo son:

Definiciones de la violencia contra las mujeres

Prevalencia de la violencia ejercida por la pareja íntima

Los patrones de la violencia ejercida por la pareja íntima

Prevalencia y características de la coerción y el abuso sexual

Los efectos de la violencia en la salud de las mujeres

Explicaciones de la violencia basada en el género

¿Cómo responden las mujeres ante el abuso?

Desafíos para la investigación mundial sobre la violencia basada en el género

La violencia contra las mujeres es una de las más generalizadas y menos reconocidas violaciones a los derechos humanos en el mundo. También es un grave problema de salud que drena la energía de las mujeres, compromete su salud física y mental y erosiona su autoestima. Además de causar lesiones, a largo plazo la violencia aumenta el riesgo de que las mujeres sufran de una serie de otros problemas de salud, como el dolor crónico, la discapacidad física, el abuso de las drogas y del alcohol y la depresión.^{1,2} Las mujeres con antecedentes de abuso físico o sexual pre-

sentan mayores riesgos de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y abortos espontáneos.^{3,5} A pesar de los altos costos que genera la violencia contra las mujeres, las instituciones sociales, en casi todas las sociedades del mundo, legitiman, encubren y niegan el abuso. Actos que serían punibles si fuesen dirigidos hacia un empleador, un vecino, o una persona conocida, a menudo pasan sin cuestionamiento cuando son perpetrados por hombres en contra de las mujeres, especialmente dentro de la familia.

Durante más de tres décadas, alrededor

* Partes de este capítulo fueron tomadas de Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999² (disponible en: <http://www.infoforhealth.org/pr/111edsum.shtml>).



FIGURA 1.1 EL CICLO VITAL DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



del mundo, grupos de mujeres han trabajado para llamar la atención sobre el abuso físico, psicológico y sexual que sufren las mujeres, y para promover acciones en contra de este abuso. Estos grupos han brindado refugio a las mujeres maltratadas, han cabildeado en pro de reformas legales y han cuestionado las actitudes y creencias generalizadas que respaldan la violencia contra las mujeres.²

Estos esfuerzos obtienen cada vez mayores resultados. Hoy las instituciones internacionales se están pronunciando en contra de la violencia basada en el género. Por medio de encuestas y estudios se está recopilando más información sobre la prevalencia y la naturaleza del abuso. Más organizaciones, proveedores de servicios y formuladores de políticas reconocen que la violencia contra las mujeres tiene consecuencias adversas para la salud de las mujeres y para la sociedad.

Este capítulo esboza el tema de la violencia contra las mujeres. Incluye definiciones, información sobre la prevalencia internacional, las pruebas de las conse-

cuencias que el abuso tiene para la salud y la evidencia sobre la relación de causa y efecto y las experiencias de las mujeres en torno al maltrato. Esta información se incluye para aquellas personas que no estén familiarizadas con el tema o para aquellas que elaboran propuestas de investigación y no tengan acceso a la literatura internacional.

DEFINICIONES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Si bien tanto los hombres como las mujeres pueden ser víctimas y perpetradores de la violencia, las características de la violencia que más comúnmente se comete contra las mujeres se diferencia enormemente de la violencia que generalmente se comete contra los hombres. Los hombres, más que las mujeres, tienen mayores probabilidades de morir asesinados o de resultar heridos en guerras o en actos de violencia entre jóvenes o relacionados con pandillas, de que un extraño les agrede físicamente o les mate en la calle e



igualmente tienen mayores probabilidades de ser los perpetradores de la violencia, independientemente del sexo de la víctima.¹ Las mujeres, en cambio, tienen más probabilidades de que una persona conocida, a menudo un miembro de la familia o su pareja íntima, las agrede físicamente o les quite la vida.² Asimismo, corren mayor riesgo de agresión o de explotación sexual, ya sea durante la infancia, la adolescencia o en la adultez. Las mujeres son vulnerables a diferentes tipos de violencia en diferentes momentos de sus vidas (véase la figura 1.1).

Aún no se ha acordado una terminología universal para referirse a la violencia contra las mujeres. Muchos de los términos de uso más común tienen diferentes significados en distintas regiones y se derivan de diversas perspectivas teóricas y disciplinas.

Un modelo que se utiliza con frecuencia para entender el abuso por parte de la pareja íntima y el abuso sexual en niñas es el marco de la “violencia familiar”, el cual se ha desarrollado fundamentalmente a partir de los ámbitos de la sociología y la psicología.^{8,9} La “violencia familiar” se refiere a todas las formas de abuso dentro de la familia sin importar la edad o el sexo de la víctima o del perpetrador. Si bien las mujeres son frecuentemente víctimas de un esposo, un padre o madre, o de otro miembro de la familia, el concepto de “violencia familiar” no abarca los muchos tipos de violencia a los que están expuestas las mujeres fuera del hogar, tales como la agresión y el acoso sexual en el trabajo. Además, para las investigadoras feministas, la neutralidad de género que se presupone en el término “violencia familiar” es problemática, ya que no destaca el hecho de que la violencia en la familia es más que todo perpetrada por los hombres en contra de las mujeres, las niñas y los niños.

Hay un creciente consenso internacional en torno a que el abuso en contra de

CUADRO 1.1 DEFINICIÓN DE NACIONES UNIDAS PARA LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

El término “violencia contra las mujeres” se refiere a cualquier acto de violencia basada en el género que resulte o pueda resultar en el daño físico, sexual o psicológico o en el sufrimiento de las mujeres, e incluye las amenazas de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada. La violencia contra las mujeres comprende los siguientes aspectos, pero no se limita a ellos:

- a) Violencia física, sexual y psicológica que ocurre en la familia, y que incluye golpes, abuso sexual de las niñas en el hogar, violencia relacionada con la dote, violación sexual marital, mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para las mujeres, violencia que no proviene del esposo y violencia relacionada con la explotación.
- b) Violencia física, sexual y psicológica que ocurre dentro de la comunidad general y que incluye violación sexual, abuso sexual, acoso sexual e intimidación en el trabajo, en las instituciones educativas y en otros lugares, tráfico de mujeres y prostitución forzada.
- c) Violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ésta ocurra.

Los actos de violencia contra las mujeres también incluyen la esterilización forzada y el aborto forzado, el uso coercivo/forzado de anticonceptivos, el infanticidio femenino y la selección prenatal del sexo.

(Naciones Unidas, 1993).¹⁰

mujeres y niñas, donde sea que ocurra, debe considerarse como “violencia basada en el género”, ya que en gran medida surge de la situación de subordinación de las mujeres en relación a los hombres en la sociedad (véase la figura 1.2). La definición oficial de las Naciones Unidas para la violencia basada en el género se presentó por primera vez en 1993, cuando la Asamblea General aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres.¹⁰ Según esa definición, la violencia basada en el género incluye un conjunto de comportamientos nocivos dirigidos a las mujeres y a las niñas en razón de su sexo, tales como el maltrato de la esposa, la agresión sexual, el asesinato relacionado con la dote, la violación sexual en el matrimonio, la mala nutrición selectiva de las niñas, la prostitución forzada, la mutilación genital femenina y el abuso sexual de las niñas (véase el cuadro 1.1 para la definición completa).¹⁰



FIGURA 1.2 EL TRASLAPE ENTRE LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO Y LA VIOLENCIA FAMILIAR/DOMÉSTICA



Aun si el abuso de las mujeres por parte de parejas masculinas se conceptualiza como violencia basada en el género, los términos que se utilizan para describir este tipo de violencia carecen de coherencia. En muchas partes del mundo el término “violencia doméstica” se refiere al maltrato de las mujeres por parte de parejas masculinas íntimas actuales o anteriores.^{11,12} Sin embargo, en ciertas regiones, entre ellas América Latina, “violencia doméstica” se refiere a cualquier violencia que tenga lugar en el hogar e incluye violencia contra la niñez y las personas de la tercera edad.^{13,14} El término “mujeres maltratadas” surgió en la década de 1970 y en Estados Unidos y Europa se utiliza ampliamente para describir a las mujeres que viven un patrón de dominación sistemática y de agresión física por parte de sus parejas masculinas.¹⁵ Los términos “violencia conyugal”, “violencia sexualizada”, “violencia de pareja íntima” y “maltrato hacia la esposa” generalmente se utilizan de forma intercambiable, aunque cada uno tiene sus debilidades. En los términos “violencia conyugal” y “violencia de la pareja íntima”, no queda explícito de que, por lo general, las víctimas son mujeres, mientras que “el

maltrato hacia la esposa” y “la agresión hacia la esposa” pueden interpretarse como que excluyen las uniones libres y la violencia que ocurre durante el cortejo.

Para los propósitos de este manual, los términos “violencia contra las mujeres” (VCM) y “violencia basada en el género” (VBG) se utilizan de manera intercambiable para hacer referencia a toda la gama de abusos reconocida por la Declaración de la ONU y otros convenios internacionales. Se utilizan de manera intercambiable los términos “violencia de la pareja íntima”, “violencia ejercida por la pareja íntima”, “violencia perpetrada por la pareja íntima”, “maltrato hacia la esposa” y “violencia doméstica”, para significar la gama de actos de coerción sexual, psicológica y física utilizados en contra de mujeres adolescentes y adultas por parte de sus parejas íntimas actuales o anteriores.

PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA EJERCIDA POR LA PAREJA ÍNTIMA

Investigaciones realizadas a nivel mundial constantemente demuestran que una mujer tiene mayores probabilidades de ser agredida, lesionada, violada o asesinada por una pareja actual o anterior que por cualquier otra persona. En la tabla 1.1 se muestran los resultados de casi ochenta estudios basados en la población y realizados en más de cincuenta países. Estos estudios indican que entre el 10 y el 60% de las mujeres que alguna vez estuvieron casadas o que han convivido con alguien, han experimentado, al menos, un incidente de violencia física por parte de una pareja íntima actual o anterior. La mayoría de los estudios calcula una prevalencia de la violencia por parte de la pareja de entre el 20 y el 50% en el transcurso de la vida. Si bien las mujeres también pueden ejercer violencia y en algunas relaciones entre personas del mismo sexo existe el


TABLA 1.1 AGRESIONES FÍSICAS A MUJERES POR PARTE DE UNA PAREJA MASCULINA ÍNTIMA, ESTUDIOS SELECCIONADOS BASADOS EN LA POBLACIÓN, 1982-2004

<i>País</i>	<i>Ref</i>	<i>Año del estudio</i>	<i>Cobertura</i>	<i>Muestra Tamaño</i>	<i>Población del estudio*</i>	<i>Edad (años)</i>	<i>Proporción de mujeres que han sido físicamente agredidas (%) durante los últimos doce meses</i>	<i>Alguna vez</i>	
África									
Etiopía	◆	17	2002	Meskanena Woreda	2261	III	15-49	29	49
Kenia		18	1984-87	Kisii District	612	V	>15		42 ^d
	■	19	2003	Nacional	3856	III	15-49	24	40
Namibia	◆	20	2002	Winhoek	1367	III	15-49	16	31
Sudáfrica		21	1998	Cabo Este	396	III	18-49	11	27
				Mpumalanga	419	III	18-49	12	28
				Provincia norte	464	III	18-49	5	19
		1998			464	III	18-49	5	19
	■	22	1998	Nacional	10190	II	15-49	6	13
Tanzania	◆	20	2002	Dar es Salaam	1442	III	15-49	15	33
	◆	20		Mbeya	1256	III	15-49	19	47
Uganda		23	1995-1996	Lira & Masaka	1660	II	20-44		41 ^d
Zambia	■	24	2001-2002	Nacional	3792	III	15-49	27	49
Zimbabwe		25	1996	Provincia Midlands	966	I	>18		17 ^b
América Latina y El Caribe									
Barbados		26	1990	Nacional	264	I	20-45		30 ^c
Brasil	◆	20	2001	Sao Paulo	940	III	15-49	8	27
	◆	20	2001	Pernambuco	1188	III	15-49	13	34
Chile		27	1993	Provincia de Santiago	1000	II	22-55		26 ^d
		28	1997	Santiago	310	II	15-49	23	
	●	29	2004 ^p	Santa Rosa	422	IV	15-49	4	25
Colombia	■	30	1995	Nacional	6097	II	15-49		19 ^d
	■	31	2000	Nacional	7602	III	15-49	3	44
República Dominicana	■	24	2002	Nacional	6807	III	15-49	11	22
Ecuador	▲	32	1995	Nacional	11,657	II	15-49	12	
El Salvador	▲	33	2002	Nacional	10,689	III	15-49	6	20 ^d
Guatemala	▲	34	2002	Nacional	6595 ^f	VI	15-49	9	
Honduras	▲	35	2001	Nacional	6827	VI	15-49	6	10
Haití	■	24	2000	Nacional	2347	III	15-49	21	29
México		36	1996	Guadalajara	650	III	>15		27
		37	1996 ^p	Monterrey	1064	III	>15		17
		38	2003	Nacional	34,184	II	>15	9	
Nicaragua		39	1995	León	360	III	15-49	27	52
		40	1997	Managua	378	III	15-49	33	69
	■	41	1998	Nacional	8507	III	15-49	13	30
Paraguay	▲	42	1995-1996	Nacional	5940	III	15-49		10
	▲	43	2004	Nacional	5070	III	15-44	7	19



TABLA 1.1 AGRESIONES FÍSICAS A MUJERES POR PARTE DE UNA PAREJA MASCULINA ÍNTIMA, ESTUDIOS SELECCIONADOS BASADOS EN LA POBLACIÓN, 1982-2004

<i>País</i>	<i>Ref</i>	<i>Año del estudio</i>	<i>Cobertura</i>	<i>Muestra Tamaño</i>	<i>Población del estudio*</i>	<i>Edad (años)</i>	<i>Proporción de mujeres que han sido físicamente agredidas (%) durante los últimos doce meses</i>	<i>Alguna vez</i>
<i>América Latina y El Caribe (continuación)</i>								
Perú	■ ²⁴	2000	Nacional	17,369	III	15-49	2	42
	◆ ²⁰	2001	Lima	1019	III	15-49	17	50
	◆ ²⁰	2001	Cuzco	1497	III	15-49	25	62
Puerto Rico	▲ ⁴⁴	1995-1996	Nacional	4755	III	15-49		13 ^e
Uruguay		1997	Nacional	545	II ^k	22-55	10 ^f	
<i>América del Norte</i>								
Canadá		1993	Nacional	12,300	I	>18	3 ^{b,c}	29 ^{b,c}
		1999	Nacional	8356	III	>15	3	8 ^g
Estados Unidos		1995-1996	Nacional	8000	I	>18	1 ^a	22 ^a
<i>Asia y Pacífico Occidental</i>								
Australia	* ⁴⁹	1996	Nacional	6300	I		3 ^b	8 ^{b,d}
		2002-2003	Nacional	6438	III	18-69	3	31
Bangladesh		1992	Nacional (poblados)	1225	II	<50	19	47
		1993	Dos regiones rurales	10,368	II	15-49		42 ^d
	◆ ²⁰	2003	Dhaka	1373	III	15-49	19	40
	◆ ²⁰	2003	Matlab	1329	III	15-49	16	42
Camboya		1996	Seis regiones	1374	III	15-49		16
	■ ²⁴	2000	Nacional	2403	III	15-49	15	18
China		1999-2000	Nacional	1665	II	20-64		15
India	■ ²⁴	1998-1999	Nacional	90,303	III	15-49	10	19
		1999	Seis estados	9938	III	15-49	14	40
	● ²⁹		Lucknow	506	IV	15-49	25	35
	● ²⁹		Trivandrum	700	IV	15-49	20	43
	● ²⁹		Vellore	716	IV	15-49	16	31
Indonesia		2000	Java Central	765	IV	15-49	2	11
Japón	◆ ²⁰	2001	Yokohama	1276	III	18-49	3	13
Nueva Zelandia	◆ ⁵⁶	2002	Auckland	1309	III	18-64	5	30
	◆ ⁵⁶	2002	Waikato norte	1360	III	18-64		34
Papua Nueva Guinea		1982	Nacional, poblados rurales	628	III ^k			67
Filipinas	■ ⁵⁸	1993	Nacional	8481	IV	15-49		10
		1998	Ciudad Cagayan de Oro & Bukidnon	1660	II	15-49		26
	● ²⁹	2004 ^p	Paco	1000	IV	15-49	6	21
República de Corea		1989	Nacional	707	II	>20	38	
Samoa	◆ ²⁰	2000	Nacional	1204	III	15-49	18	41
Tailandia	◆ ²⁰	2002	Bangkok	1048	III	15-49	8	23
		2002	Nakonsawan	1024	III	15-49	13	34
Vietnam		2004	Provincia Ha Tay	1090	III	15-60	14	25


TABLA 1.1 AGRESIONES FÍSICAS A MUJERES POR PARTE DE UNA PAREJA MASCULINA ÍNTIMA, ESTUDIOS SELECCIONADOS BASADOS EN LA POBLACIÓN, 1982-2004

País	Ref	Año del estudio	Cobertura	Muestra Tamaño	Población del estudio*	Edad (años)	Proporción de mujeres que han sido físicamente agredidas (%) durante los últimos doce meses	Alguna vez
Europa								
Albania	▲ ⁶²	2002	Nacional	4049	III	15-44	5	8
Azerbaijón	▲ ⁶³	2001	Nacional	5533	III	15-44	8	20
Finlandia	* ⁶⁴	1997	Nacional	4955	I	18-74		30
Francia	* ⁶⁵	2002	Nacional	5908	II	>18	3	9 ^g
Georgia	▲ ⁶⁶	1999	Nacional	5694	III	15-44	2	5
Alemania	* ⁶⁷	2003	Nacional	10,264	III	16-85		23 ^b
Lituania	* ⁶⁸		Nacional	1010	II	18-74		42 ^{b,d,h}
Países Bajos	⁶⁹	1986	Nacional	989	I	20-60		21 ^a
Noruega	⁷⁰	1989	Trondheim	111	III	20-49		18
	* ⁷¹	2003	Nacional	2143	III	20-56	6	27
República de Moldavia	▲ ⁷²	1997	Nacional	4790	III	15-44	8	15
Rumania	▲ ⁷³	1999	Nacional	5322	III	15-44	10	29
Rusia	▲ ⁷⁴	2000	Tres provincias	5482	III	15-44	7	22
Serbia y Montenegro	◆ ²⁰	2003	Belgrado	1189	III	15-49	3	23
Suecia	* ⁷⁵	2000	Nacional	5868	III	18-64	4 ^e	18 ^e
Suiza	⁷⁶	1994-1996	Nacional	1500	II	20-60	6 ^c	21 ^c
	* ⁷⁷	2003	Nacional	1882	III	>18		10
Turquía	⁷⁸	1998	E & SE Anatolia	599	I	14-75		58 ^o
Ucrania	▲ ⁷⁹	1999	Nacional	5596	III	15-44	7	19
Reino Unido	⁸⁰	1993 ^p	Norte de Londres	430	I	>16	12 ^o	30 ^o
	⁸¹	2001	Nacional	12,226	I	16-59	3	19 ⁱ
Mediterráneo Oriental								
Egipto	■ ⁸²	1995-1996	Nacional	7123	III	15-49	13	34
	● ²⁹	2004 ^p	El-Sheik Zayed	631	IV	15-49	11	11
Israel	⁸³	1997	Población árabe	1826	II	19-67	32	
Ribera Occidental y Franja de Gaza	⁸⁴	1994	Población palestina	2410	II	17-65	52	

Claves ■ Datos DHS²⁴ ● Datos INCLÉN⁸⁵ ▲ Estudio CDC ◆ Estudio OMS²⁰ * Estudio IVAWS

* Población del estudio; I = todas las mujeres; II = mujeres actualmente casadas/con pareja; III = mujeres que alguna vez estuvieron casadas/tuvieron pareja; IV = mujeres que tuvieron un embarazo; V = mujeres casadas - la mitad con embarazo; la mitad sin embarazo; VI = mujeres que tuvieron una pareja en los últimos doce meses.

^o El grupo de muestra incluyó a mujeres que nunca habían estado en una relación y por lo tanto no estaban en el grupo de las mujeres expuestas.

^b Aunque la muestra incluyó a todas las mujeres, la tasa de abuso se muestra para las mujeres que alguna vez estuvieron casadas/ tuvieron pareja (no se da la cifra).

^c Agresión física o sexual.

^d Durante la relación actual.

^e Tasa de abuso por parte de la pareja entre mujeres que alguna vez estuvieron casadas/ tuvieron pareja, recalculada a partir de los datos de los autores.

(Actualizado de Heise et al., 1999).²

^f Ponderado para representatividad nacional.

^g En los últimos cinco años.

^h Incluye amenazas.

ⁱ Desde la edad de 18 años.

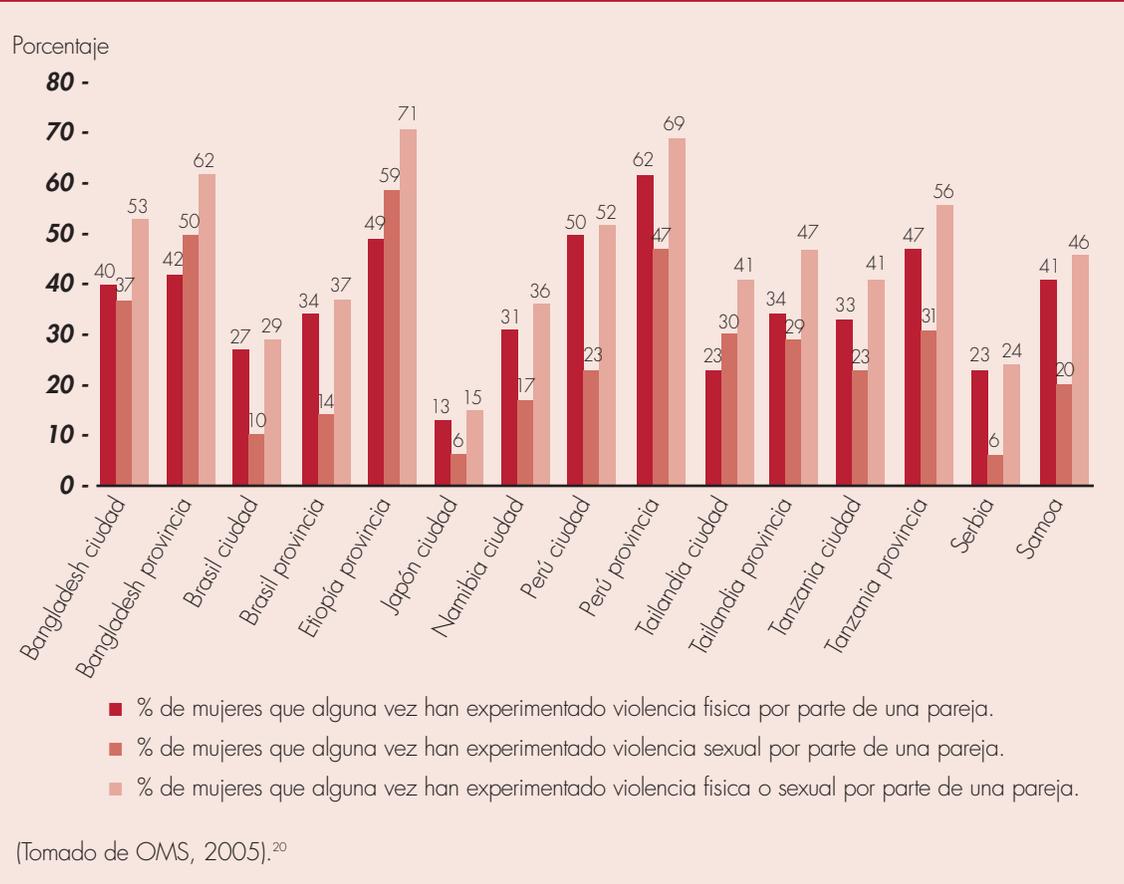
^j Desde la edad de 16 años.

^k Se utilizaron métodos de muestreo no aleatorios.

^p Fecha de publicación (no se reportaron las fechas del trabajo de campo).



FIGURA 1.3 PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL POR PARTE DE UNA PAREJA EN DIEZ PAÍSES



maltrato, la inmensa mayoría del abuso por parte de la pareja es perpetrado por hombres en contra de sus parejas femeninas.

Los estudios encuentran considerables variaciones de país a país en la prevalencia de la violencia por parte de la pareja y entre los estudios dentro de un mismo país. Lamentablemente, la falta de homogeneidad en los métodos, el diseño del estudio y en la presentación de resultados de los estudios, dificulta la exploración de las causas y las consecuencias de la violencia. Esto tiene como consecuencia la dificultad para comparar los resultados de los estudios, incluso aquellos realizados en un mismo país.

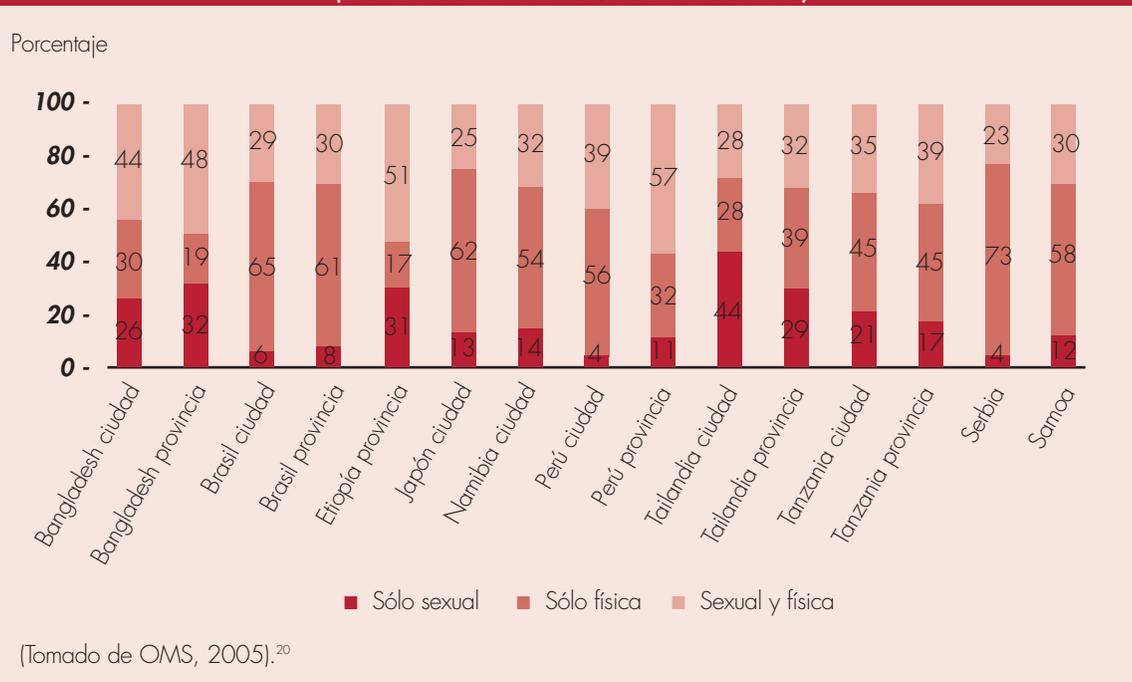
En parte con la intención de abordar esta debilidad, entre 1998 y 2004, la Organización Mundial de la Salud trabajó con instituciones colaboradoras en quince

sitios en diez países, en la realización de un estudio multicéntrico sobre la violencia doméstica y la salud de las mujeres. El estudio de la OMS titulado *Estudio multicéntrico sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica contra las mujeres*, y al que se hace referencia aquí como el estudio de la OMS sobre VCM, fue el primero que produjo datos sobre el abuso físico y sexual verdaderamente comparables entre diferentes entornos.¹⁰ Este proyecto de investigación tuvo como objetivo minimizar las diferencias relacionadas con los métodos a través del uso de cuestionarios y procedimientos uniformes, y de un enfoque común en la capacitación de las entrevistadoras.

En este manual se hace repetida referencia al estudio de la OMS sobre VCM para destacar algunos de los retos que enfrentó ese proyecto y cómo se resolvieron.



FIGURA 1.4 VIOLENCIA POR PARTE DE LA PAREJA ÍNTIMA SEGÚN LOS TIPOS DE VIOLENCIA (ENTRE MUJERES ALGUNA VEZ ABUSADAS)



LOS PATRONES DE LA VIOLENCIA EJERCIDA POR LA PAREJA ÍNTIMA

El estudio de la OMS sobre VCM constituyó una oportunidad para examinar “el patrón” de la violencia entre diferentes entornos. ¿Ocurre la violencia física junto con otros tipos de violencia? ¿Tienden los actos violentos a incrementarse con el tiempo? ¿Corren las mujeres más riesgo a manos de sus parejas o de otras personas a lo largo de sus vidas?

Las conclusiones del estudio de la OMS sobre VCM confirman que la mayoría de las mujeres que sufren abuso físico o sexual por parte de una pareja, por lo general, viven múltiples actos de violencia en el transcurso del tiempo. Asimismo, el abuso físico y sexual tiende a ocurrir en muchas relaciones. En la figura 1.3 se resume la proporción de mujeres —entre 15 a 49 años de edad que alguna vez tuvieron pareja— que han experimentado violencia por parte de una pareja íntima, en los diferentes sitios incluidos en el estudio.

La primera barra muestra el porcentaje de mujeres en cada entorno que ha experimentado violencia física por parte de una pareja; la segunda barra indica la violencia sexual por parte de una pareja; y la tercera representa el porcentaje de mujeres que alguna vez tuvieron pareja, que a lo largo de su vida han experimentado violencia física o sexual por parte de una pareja.

Hasta hace poco tiempo se creía que eran pocas las mujeres que experimentaban violencia sexual por parte de una pareja íntima. Estudios disponibles provenientes de América del Norte y Centro América indican que, por lo general, la violencia sexual va acompañada de abuso físico y de violencia emocional junto con un comportamiento dominante hacia la otra persona.²

Las conclusiones del estudio de la OMS sobre VCM sugieren que si bien este patrón se mantiene en muchos países, hubo unos cuantos lugares donde se demostró una importante variación. En Tailandia, tanto en la capital como en la provincia rural, una considerable proporción de mujeres



afectadas por la violencia de pareja, sólo experimentan violencia sexual (véase la figura 1.4). En Bangkok, en el 44% de todos los casos de violencia de pareja a lo largo de la vida las mujeres sólo experimentaron violencia sexual. La estadística correspondiente en la provincia Tai es el 29% de los casos. Un porcentaje similar de casos de violencia en la provincia rural en Bangladesh (32%) y en la provincia rural en Etiopía (31%) implicó sólo violencia sexual. Estos resultados muestran la importancia de crear una base más amplia para la investigación internacional sobre la violencia contra las mujeres. Las percepciones que exclusivamente se derivan de la literatura norteamericana pueden no reflejar la realidad de las experiencias de las mujeres en otros entornos.

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA COERCIÓN Y EL ABUSO SEXUAL

Para muchas mujeres y niñas la coerción y el abuso sexual son características que definen sus vidas. El contacto sexual forzado puede ocurrir en cualquier momento en la vida de una mujer, e incluye una gama de comportamientos que van desde la violación sexual forzada, hasta formas no físicas de presión que obligan a niñas y mujeres a tener sexo en contra de su voluntad. El asunto medular de la coerción es que una mujer no tiene la opción de negarse y enfrenta severas consecuencias físicas, sociales o económicas si resiste las insinuaciones sexuales.

Los estudios indican que la mayoría de los actos sexuales no consensuados ocurren entre individuos que se conocen entre sí —esposos, miembros de la familia, novios o conocidos—. ^{86,87} De hecho, muchos de estos actos sexuales tienen lugar dentro de uniones consensuadas e incluyen situaciones en que la mujer se ve obligada a

tener sexo cuando no quiere o a participar en tipos de actividad sexual que ella encuentra degradantes o humillantes. ^{1,88,89}

Tanto en los países industrializados como en desarrollo, hay también mucha coerción sexual contra las niñas, los niños y adolescentes de ambos sexos. Según las estadísticas del sistema judicial e información de los centros de apoyo en casos de violación sexual en Chile, Perú, Malasia, México, Panamá, Papua Nueva Guinea y Estados Unidos, entre uno y dos tercios de los casos de agresión sexual que se conocen, las víctimas son personas de quince años o menos. ²

La explotación sexual de niñas y niños es muy común en prácticamente todas las sociedades. El abuso sexual infantil se refiere a cualquier acto sexual que ocurre entre un adulto o un adolescente mayor y un niño o niña, y cualquier contacto sexual no consensuado entre un niño y un congénero. Por lo general, las leyes consideran irrelevante el consentimiento en los casos en que un adulto tiene contacto sexual con una niña o niño, cuya definición varía como alguien menor de 13, 14, 15 ó 16 años.

Debido al tabú que rodea el tema, es difícil recopilar cifras confiables sobre la prevalencia del abuso sexual en la infancia. Sin embargo, los pocos sondeos de muestra representativos indican que la situación es preocupante.

Un análisis de 25 estudios mundiales indica que entre cero y el 32% de las mujeres reportan haber sufrido abuso sexual en la infancia (véase la tabla 1.2). Si bien tanto las niñas como los niños pueden ser víctimas de abuso sexual, la mayoría de los estudios reportan que la prevalencia del abuso entre las niñas es por lo menos 1.5 a 3 veces más alta que entre los varones. ⁹⁰ Sin embargo, en el caso de los varones, el abuso podría estar insuficientemente reportado comparado con el abuso en las niñas.


TABLA 1.2 PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: ESTUDIOS SELECCIONADOS, 1990-2003

<i>País, año y referencia</i>	<i>Método de estudio y muestra</i>	<i>Definición de abuso sexual infantil</i>	<i>Prevalencia</i>
Australia 1997 ⁹⁸	■ Estudio retrospectivo de 710 mujeres.	■ Contacto sexual antes de la edad de 12 años con un perpetrador cinco años mayor o más; o actividad sexual no deseada entre 12 y 16 años de edad.	■ 20% de las mujeres reportan abuso.
Bangladesh 2002 ²⁰	■ Estudio basado en la población realizado con mujeres de 15 a 49 años (Dhaka 1,602, Matlab 1,527).	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 15 años.	■ En Dhaka, 7% de las mujeres y en Matlab, 1% reportan abuso.
Barbados 1993 ⁹⁹	■ Muestra aleatoria nacional de 264 mujeres.	■ Contacto sexual no deseado o con un pariente biológico; o antes de la edad de 16 años con un perpetrador cinco años mayor o más.	■ 30% de las mujeres reportan abuso.
Brasil 2002 ²⁰	■ Estudio basado en la población realizado con mujeres de 15 a 49 años (Sao Paulo 1,172, Pernambuco 1,473).	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 15 años.	■ En Sao Paulo, 8% de las mujeres y en Pernambuco, 6% reportan abuso.
Canadá 1990 ¹⁰⁰	■ Estudio basado en una población de 9,953 hombres y mujeres de 15 años o más.	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, durante el crecimiento.	■ 13% de mujeres y 4% de hombres reportan abuso.
Costa Rica 1992 ¹⁰¹	■ Estudio retrospectivo de estudiantes universitarios.	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, sin especificar edades.	■ 32% de las mujeres y 13% de los hombres reportan abuso.
Etiopía 2002 ²⁰	■ Estudio basado en una población de 3,014 mujeres de 15 a 49 años.	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 15 años.	■ 0.2% de las mujeres reportan abuso.
Alemania 1992 ¹⁰²	■ Cuestionario de tamizaje múltiple respondido por 2,151 estudiantes en Würzburg y Leipzig.	■ Actividad sexual angustiante, con y sin contacto físico, antes de la edad de 14 años, o con un perpetrador cinco años mayor o más.	■ En Würzburg, 16% de las niñas y 6% de los niños, y en Leipzig 10% y 6% respectivamente reportan abuso.
Japón 2002 ²⁰	■ Estudio basado en una población de 1,361 mujeres de 15 a 49 años.	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 15 años.	■ 10% de las mujeres reportan abuso.
Malasia 1996 ¹⁰³	■ Cuestionario retrospectivo auto administrado, respondido por 616 estudiantes paramédicos.	■ Penetración vaginal o anal, o contacto sexual no solicitado, o presenciar actos de exhibicionismo antes de la edad de 18 años.	■ 8% de las mujeres y 2% de los hombres reportan abuso.
Namibia 2002 ²⁰	■ Estudio basado en una población de 1,492 mujeres de 15 a 49 años.	■ Actividad sexual no deseada, con o sin contacto físico, antes de la edad de 15 años.	■ 5% de las mujeres reportan abuso.
Nueva Zelanda 1997 ¹⁰⁴	■ Cohorte de nacimiento de 520 niñas, estudiadas desde su nacimiento hasta la edad de 18 años.	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 16 años.	■ 14% de las niñas reportan abuso con contacto físico y 17% reportan abuso de cualquier tipo.
Nicaragua 1997 ¹⁰⁵	■ Cuestionario anónimo auto administrado, respondido por 134 hombres y 202 mujeres de 25 a 44 años que fueron seleccionados entre una muestra basada en la población.	■ Contacto sexual, incluido el intento de penetración, antes de la edad de 13 años con un perpetrador cinco años mayor o más, o actividad no consensuada después de la edad de 12 años.	■ 26% de las mujeres y 20% de los hombres reportan abuso.

TABLA 1.2 PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: ESTUDIOS SELECCIONADOS, 1990-2003

<i>País, año y referencia</i>	<i>Método de estudio y muestra</i>	<i>Definición de Abuso Sexual Infantil</i>	<i>Prevalencia</i>
Noruega (Oslo) 1996 ¹⁰⁶	■ Muestra basada en la población de 465 adolescentes de 13 a 19 años a la que se dio seguimiento por seis años.	■ Contacto sexual, incluidas las "relaciones sexuales bajo presión" entre un niño o niña de 13 años y un adulto mayor de 17 años, o que conlleve el uso de fuerza.	■ 17% de las niñas y 1% de los varones reportan abuso.
Perú 2002 ²⁰	■ Estudio basado en la población realizado con mujeres de 15 a 49 años (Lima 1,414, Cuzco 1,837).	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 15 años.	■ En Lima, 20% de las mujeres; en Cuzco el 8% reportan abuso.
Samoa 2000 ²⁰	■ Estudio basado en la población realizado con 1,640 mujeres de 15 a 49 años.	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 15 años.	■ 2% de las mujeres reportan abuso.
Serbia y Montenegro 2003 ²	■ Estudio basado en la población realizado con 1,453 mujeres de 15 a 49 años.	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 15 años.	■ 2% de las mujeres reportan abuso.
España 1995 ¹⁰⁷	■ Entrevistas cara a cara y cuestionarios auto administrados respondidos por 895 adultos de 18 a 60 años.	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 17 años.	■ 22% de las mujeres y 15% de los hombres reportan abuso.
Suiza (Ginebra) 1996 ¹⁰⁸	■ Cuestionario auto administrado respondido por 1,193 estudiantes de noveno grado.	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico.	■ 20% de las niñas y 3% de los varones reportan abuso sexual con contacto físico; 34% de las niñas y 11% de los niños reportan abuso de cualquier tipo.
Suiza (nacional) 1998 ¹⁰⁹	■ Encuesta nacional realizada entre 3,993 niñas de 15 a 20 años matriculadas en escuelas o en programas de formación profesional.	■ "Victimización sexual", definida como "cuando alguien de la familia o cualquier otra persona la tocan a una donde no quiere, o le hacen cosas sexuales que no deberían hacer".	■ 19% de las niñas reportan abuso.
Tailandia 2002 ²⁰	■ Estudio basado en la población realizado con mujeres de 15 a 49 años (1,534 en Bangkok y 1,280 en Nakonsawan).	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 15 años.	■ En Bangkok, 7.6% de las mujeres y en Nakonsawan, 4.7% reportan abuso.
Tanzania 2002 ²⁰	■ Estudio basado en la población realizado con mujeres de 15 a 49 años (1,816 en Dar es Salaam y 1,443 en Mbeya).	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 15 años.	■ En Dar es Salaam, 4% de las mujeres y en Mbeya, 4% reportan abuso.
Estados Unidos 1997 ¹¹⁰	■ Estudio longitudinal de carácter nacional realizado durante diez años sobre el consumo de bebidas alcohólicas entre mujeres, que incluía preguntas relativas al abuso sexual. Respondido por 1,099 mujeres.	■ Actividad sexual no deseada, con y sin contacto físico, antes de la edad de 18 años, o antes de la edad de 13 años con un perpetrador cinco años mayor o más.	■ 21% de las mujeres reportan abuso.
Estados Unidos (región central) 1997 ¹¹¹	■ Cuestionario auto administrado, respondido por 42,568 estudiantes de séptimo a doceavo grados.	■ "Abuso sexual" definido como "cuando alguien de la familia o cualquier otra persona le hace cosas sexuales a uno o le obliga a hacerle cosas sexuales que uno no quiere hacer".	■ 12% de las niñas y 4% de los varones reportan abuso.
Estados Unidos (estado de Washington) 1997 ¹¹²	■ Encuesta de opción múltiple realizada entre 3,128 niñas en octavo, décimo y doceavo grados.	■ "Abuso sexual" definido como "cuando alguien de la familia o cualquier otra persona la tocan a una donde no se quiere, o le hacen cosas sexuales que no deberían hacer."	■ 23% de todas las niñas, 18% de niñas en octavo grado, 24% en décimo y 28% en doceavo reportan abuso.

(Actualizado y adaptado de Heise et al., 1999² y OMS, 2002¹).


TABLA 1.3 PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES QUE REPORTAN UNA INICIACIÓN SEXUAL FORZADA SELECCIÓN DE ESTUDIOS BASADOS EN LA POBLACIÓN REALIZADOS ENTRE 1993 Y 2003

País o área	Población en estudio	Año	Tamaño de la muestra	Grupo etareo (años)	Porcentaje de personas que reportan que su primera relación sexual fue forzada	
					Mujeres	Hombres
Bangladesh	Dhaka	2002	1369	15-49	24	
Bangladesh	Matlab	2002	1326	15-49	30	
Brasil	Sao Paulo	2002	1051	15-49	3	
Brasil	Pernambuco	2002	1234	15-49	4	
Camerún	Bamenda	1995	646	12-25	37	30
El Caribe	Nueve países	1997-1998	15695	10-18	48	32
Etiopía	Gurage	2002	2238	15-49	17	
Ghana	Tres poblados urbanos	1996	750	12-24	21	5
Japón	Yokohama	2002	1116	15-49	0	
Mozambique	Maputo	1999	1659	13-18	19	7
Namibia	Windhoek	2002	1357	15-49	2	
Nueva Zelandia	Dunedin	1993-1994	935	Cohorte de nacimiento	7	0
Perú	Lima	1995	611	16-17	40	11
Perú	Lima	2002	1103	15-49	7	
Perú	Cuzco	2002	1557	15-49	24	
Samoa	Nacional	2002	1317	15-49	8	
Serbia y Montenegro	Belgrado	2002	1310	15-49	1	
Sudáfrica	Transkei	1994-1995	1975	15-18	28	6
Tanzania	Dar es Salaam	2002	1556	15-49	14	
Tanzania	Mbeya	2002	1287	15-49	17	
Tanzania	Mwanza	1996	892	12-19	29	7
Tailandia	Bangkok	2002	1051	15-49	4	
Tailandia	Nakhonsawan	2002	1028	15-49	5	
Estados Unidos	Nacional	1995	2042	15-24	9	—

(Tomado de la Organización Mundial de la Salud, 2002¹, 2005²⁰).

Otros datos revelan que la coerción podría ser un elemento en el inicio de la vida sexual de muchas niñas. Un número creciente de estudios permite documentar que en una gran cantidad de mujeres jóvenes, las primeras experiencias sexuales son forzadas o no deseadas, especialmente en el caso de las adolescentes menores. En la tabla 1.3 se resumen los datos de una serie de sondeos basados

en la población sobre la prevalencia del uso de la coerción en la primera experiencia sexual y se incluyen datos provenientes del estudio de la OMS sobre VCM. Una gran cantidad de estudios confirma que entre más joven sea una niña cuando tiene su primera experiencia sexual, mayor es la probabilidad de que reporte su debut sexual como un acto forzado.⁹¹



Otro tipo de violencia basada en el género que ha crecido rápidamente durante la última década, es el tráfico de mujeres y de niñas con fines de trabajo forzado y de explotación sexual, el cual es producto, en gran medida, de las situaciones de guerra, desplazamiento, y de las inequidades económicas y sociales entre y dentro de los países. Si bien no se cuenta con estadísticas confiables sobre el número de mujeres, niñas y niños que son traficados, se estima que cada año entre 700,000 y dos millones de mujeres y niñas son traficadas entre fronteras internacionales.^{6,92,98} Estas mujeres enfrentan muchos riesgos, los que incluyen la violencia física y la violación sexual, tanto en sus trabajos como cuando tratan de negociar prácticas sexuales más seguras.

Otro aspecto de la violencia basada en el género que hasta hace poco se había obviado en gran medida, es la violencia contra las mujeres en situaciones de conflicto armado. En informes recientes se ha documentado la práctica de violaciones sexuales sistemáticas en muchos conflictos, como son los de la antigua Yugoslavia, Ruanda, Liberia, Sierra Leona y Uganda.⁹⁴⁻⁹⁶ Estos informes han destacado el grado al cual la violación sexual se ha utilizado como una estrategia deliberada para “desestabilizar a la población, promover la limpieza étnica, expresar odio hacia el enemigo, o suministrar servicios sexuales para los combatientes”.⁹⁶ En el 2002, la Corte Penal Internacional con sede en La Haya, reconoció la gravedad de los delitos sexuales en situaciones de guerra calificándolos como un crimen de lesa humanidad. Las agencias internacionales de ayuda de emergencia también están alertando sobre la precaria situación de las mujeres en los campos de refugio, donde la violación sexual, el abuso sexual infantil, la violencia de la pareja íntima y otras formas de explotación sexual están generalizadas.

LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LAS MUJERES

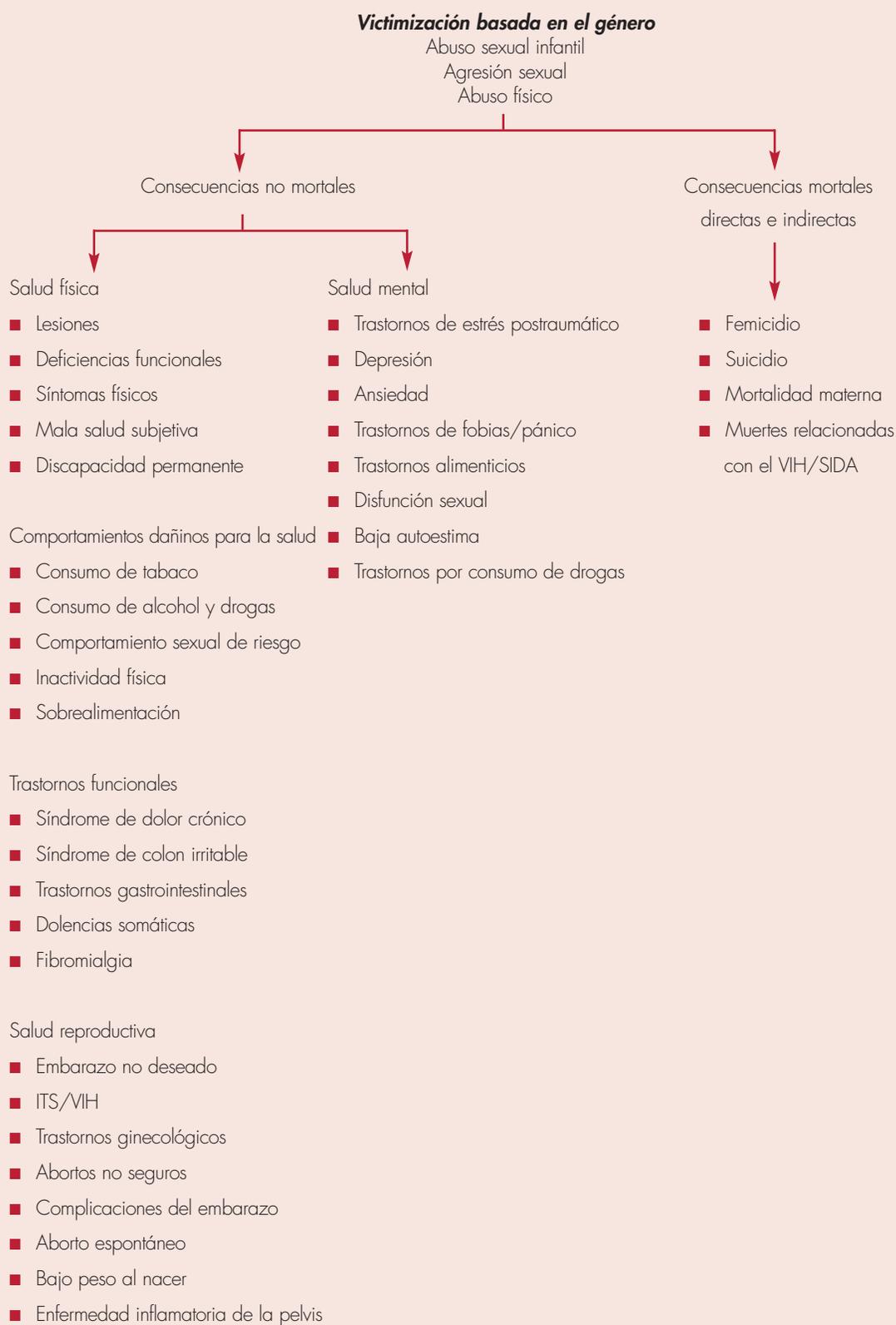
La violencia basada en el género está asociada con graves problemas de salud que afectan tanto a las mujeres como a la niñez, entre los que están los trastornos ginecológicos, los problemas de salud mental, los resultados adversos en el embarazo, y las infecciones de transmisión sexual (ITS) (véase la figura 1.5). La violencia puede tener consecuencias directas para la salud de las mujeres y puede aumentar el riesgo de una mala salud en el futuro. Por consiguiente, al igual que el uso del tabaco o del alcohol, la victimización puede conceptualizarse mejor como un factor de riesgo para una variedad de enfermedades y afecciones, más que como un problema de salud en sí y de por sí.^{2,4}

Tanto la investigación basada en la población como los estudios de las visitas a las salas de emergencia en los Estados Unidos, indican que el abuso físico es una causa importante de lesiones entre las mujeres.⁹⁷ Las lesiones documentadas resultantes del abuso físico incluyen contusiones, golpes, laceraciones, fracturas y heridas de bala. Los estudios basados en la población indican que entre el 40 y el 75% de las mujeres que son físicamente abusadas por una pareja en algún momento en sus vidas reportan lesiones producto de la violencia.²

Sin embargo, la consecuencia más común para la salud física del maltrato basado en el género no son las lesiones sino los “trastornos funcionales” —afecciones que no suelen tener una causa identificable y entre los que están el síndrome del colon irritable; los trastornos gastrointestinales; y varios síndromes de dolor crónico que incluyen el dolor pélvico crónico. Los estudios constantemente vinculan esos trastornos con una historia de abuso físico o sexual. Las mujeres que han



FIGURA 1.5 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER PARA SU SALUD



(Tomado de Heise et al., 1999).²



sido abusadas tienden también a experimentar un funcionamiento físico deficiente, más síntomas físicos y más días en cama que las mujeres que no han sido abusadas.^{113,116}

Para muchas mujeres, las consecuencias psicológicas del abuso son incluso más graves que sus efectos físicos. La experiencia del abuso a menudo erosiona la autoestima de las mujeres y las expone a un mayor riesgo de sufrir una variedad de problemas de salud mental, como son la depresión, la ansiedad, las fobias, los trastornos del estrés postraumático, y el abuso de las drogas y del alcohol.²

La violencia y el abuso sexual también están detrás de algunos de los problemas de salud reproductiva más difíciles de manejar de nuestros tiempos, como son los embarazos no deseados, el VIH y otras ITS, y las complicaciones del embarazo. La violencia física y el abuso sexual pueden exponer de manera directa a las mujeres al riesgo de sufrir una infección o un embarazo no deseado, por ejemplo si se les obliga a tener sexo o si no se atreven a usar anticonceptivos o preservativos por temor a la reacción de su pareja. Asimismo, una historia de abuso sexual en la infancia puede conducir indirectamente a embarazos no deseados y a ITS, al aumentar el comportamiento sexual riesgoso en la adolescencia y la adultez. Existe una creciente cantidad de investigaciones que señalan que la violencia podría aumentar la susceptibilidad de las mujeres a la infección por el VIH.¹¹⁷⁻¹²⁰ Estudios realizados en Tanzania y Sudáfrica concluyeron que las probabilidades de reportar abuso físico por parte de las parejas eran mayores en las mujeres seropositivas que en las seronegativas. Los resultados indican que las mujeres con parejas masculinas que son violentas o dominantes tienen un mayor riesgo de infección por VIH. Aún se cuenta con muy poca información que

permita señalar de qué manera la violencia aumenta el riesgo del VIH en las mujeres. Dunkle y sus colegas sugieren que los hombres abusivos tienen mayores probabilidades de ser portadores del VIH y de imponer prácticas sexuales riesgosas a sus parejas. Existen también indicios de que revelar la condición de portadoras del VIH puede poner a las mujeres en riesgo de sufrir violencia.¹¹⁸

La violencia puede ser también un factor de riesgo durante el embarazo. Estudios en todo el mundo demuestran que la violencia durante el embarazo no es un fenómeno raro. En los Estados Unidos, por ejemplo, entre el uno y el 20% de las mujeres embarazadas, reportan violencia física durante el embarazo, y la mayoría de los estudios la ubica entre el 4 y el 8%.⁵ Las diferencias se deben en parte a la forma en que se preguntó a las mujeres sobre la violencia.^{3,5,121,122} Un estudio reciente concluyó que la prevalencia del abuso durante el embarazo es de 3 a 11% en los países industrializados fuera de Norteamérica, y entre el 4 y el 32% en los países en desarrollo, incluidos estudios realizados en China, Egipto, Etiopía, México, India, Nicaragua, Pakistán, Arabia Saudita y Sudáfrica.³

La violencia durante el embarazo puede tener graves consecuencias para la salud de las mujeres y de sus vástagos.² Los efectos documentados incluyen demora en la atención prenatal, inadecuado incremento de peso, mayor consumo de tabaco y abuso de sustancias ilegales, ITS, infecciones vaginales y cervicales, infecciones renales, abortos espontáneos o provocados, trabajo de parto prematuro, sufrimiento fetal y sangrado durante el embarazo.⁴

Investigaciones recientes se han centrado en la relación entre violencia en el embarazo y bajo peso al nacer, una de las principales causas de muerte infantil en el mundo en desarrollo. Aunque las investigaciones son incipientes, los resultados de



seis estudios diferentes realizados en los Estados Unidos, México y Nicaragua, sugieren que, al menos en ciertas situaciones, la violencia durante el embarazo contribuye al bajo peso al nacer, al parto prematuro, y al retardo en el crecimiento fetal.^{121,123} Un reciente meta análisis de los estudios existentes confirma que la violencia por parte de la pareja íntima durante el embarazo está de hecho asociada con una importante, aunque pequeña, reducción en el peso al nacer.¹²⁴

En su forma más extrema, la violencia mata a las mujeres. En todo el mundo, se estima que entre el 40 y más del 70% de los homicidios de mujeres son perpetrados por las parejas íntimas, con frecuencia en el contexto de una relación de abuso.¹²⁵ Esto contrasta con un pequeño porcentaje de hombres que son asesinados por sus parejas femeninas, y en muchos de los casos son mujeres que se estaban defendiendo o respondiendo contra hombres abusivos.¹²⁶ Un estudio sobre homicidios de mujeres en Sudáfrica encontró que el femicidio íntimo (mujer asesinada por una pareja íntima) representaba el 41% de todos los homicidios de mujeres. Este estudio calcula que en Sudáfrica una mujer es asesinada por su pareja íntima cada seis horas.¹²⁷ La violencia es también un factor de riesgo significativo para el suicidio. Estudios en numerosos países han concluido que las mujeres que han sufrido violencia doméstica o agresión sexual tienen muchas más probabilidades de haber tenido pensamientos suicidas o de haber intentado quitarse la vida.¹⁹

EXPLICACIONES DE LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO

La violencia contra las mujeres es generalizada pero no es universal. Los antropólogos han documentado sociedades pequeñas, como los Wape de Papua Nueva Guinea,

donde la violencia doméstica es prácticamente inexistente.^{128,129} Esta realidad evidencia el hecho de que las relaciones sociales pueden organizarse para reducir el abuso a su más mínima expresión.

¿Por qué la violencia está generalizada en algunos lugares más que en otros? Cada vez más, las y los investigadores están utilizando un “marco ecológico” para comprender cómo entran en juego los factores personales, situacionales y socioculturales que se combinan para dar lugar al abuso.^{21,130-133} En ese marco, la violencia contra las mujeres resulta de la interacción de factores en diferentes niveles del entorno social (véase la figura 1.6).

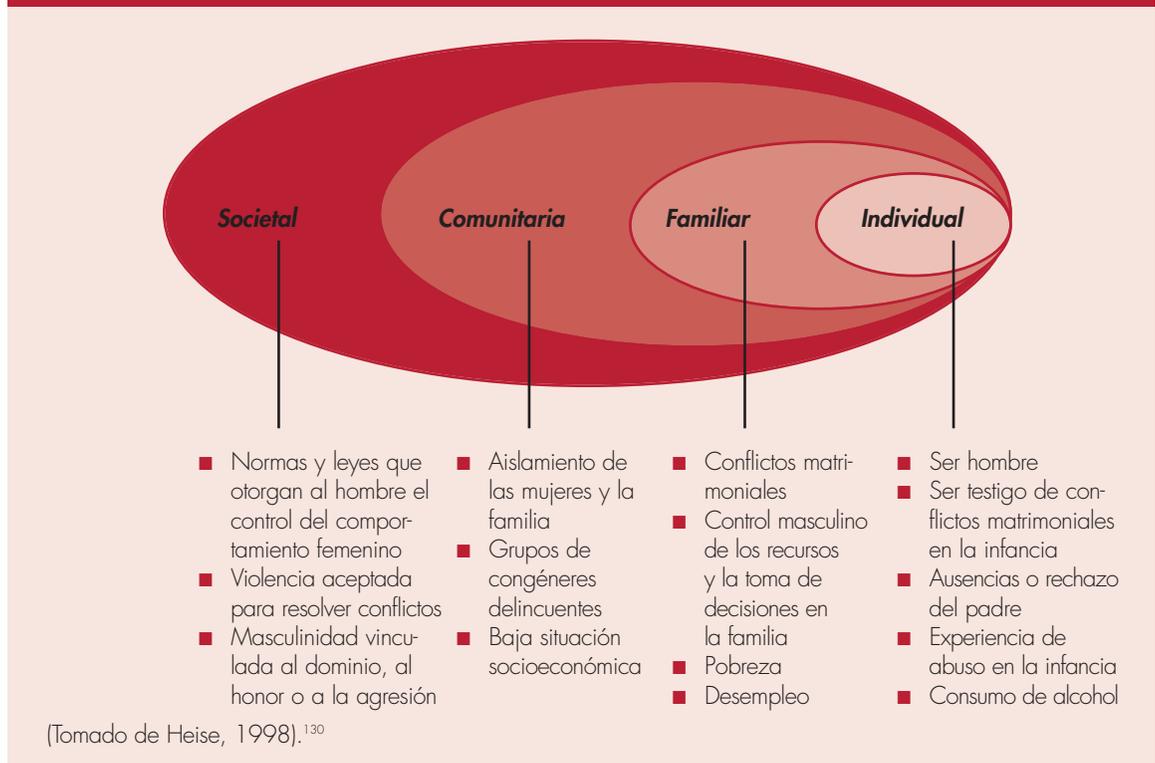
La mejor manera de visualizar el marco es a través de la imagen de cuatro círculos concéntricos. El círculo interior representa la historia biológica y personal que cada individuo trae consigo en su comportamiento en las relaciones. El segundo círculo representa el contexto inmediato en el que ocurre el abuso: que a menudo es la familia u otra relación íntima o de amistad. El tercer círculo representa las instituciones y las estructuras sociales, tanto formales como informales, en las que se cimentan las relaciones, como son los vecindarios, el lugar de trabajo, las redes sociales y los grupos de congéneres. El cuarto círculo, en la parte externa, es el entorno económico y social que incluye las normas culturales.

Una amplia gama de estudios muestra que varios factores en cada uno de esos niveles elevan las probabilidades de que un hombre tendrá un comportamiento abusivo hacia su pareja:

A nivel individual, el varón fue abusado de niño o fue testigo de violencia marital en el hogar, tuvo un padre ausente o que lo rechazaba, o es un usuario frecuente del alcohol. Un análisis reciente de sondeos con representación nacional en nueve países concluyó que, para las mujeres, tener un bajo nivel educativo, ser menor de 25 años, haber presenciado la



FIGURA 1.6 MARCO ECOLÓGICO PARA EXPLICAR LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO



violencia de su padre contra su madre, vivir en un área urbana y tener una mala situación socioeconómica, eran factores consistentemente asociados con un mayor riesgo de abuso.²⁴

A nivel de la familia y de la relación, el varón controla los bienes y la toma de decisiones dentro de la familia y el conflicto marital es frecuente.

A nivel de la comunidad, las mujeres están aisladas, su movilidad es reducida y carecen de apoyo social. Los grupos de congéneres masculinos toleran y legitiman la violencia de los hombres.

A nivel de la sociedad, los papeles de género se definen y se aplican con rigidez, y el concepto de masculinidad está vinculado a la fortaleza, al honor del hombre o al dominio. La cultura predominante tolera el castigo físico de las mujeres, los niños y las niñas, acepta la violencia como un medio para resolver disputas interpersonales, y perpetúa la noción de que las mujeres “le pertenecen” a los hombres.

El marco ecológico combina los factores de riesgo a nivel individual con los factores de riesgo a nivel de la familia, la comunidad y la sociedad, identificados mediante estudios transculturales, y ayuda a explicar por qué algunas sociedades y ciertos individuos son más violentos que otros, y por qué las mujeres, especialmente las esposas, tienen muchas más probabilidades de ser víctimas de la violencia dentro de la familia. Otros factores se combinan para proteger a algunas mujeres. Por ejemplo, los niveles de abuso por parte de la pareja íntima tienden a ser menores en aquellas mujeres que tienen poder y autoridad fuera de la familia. Asimismo, cuando miembros de la familia y amistades intervienen pronto, esto parece reducir la probabilidad de que ocurra violencia doméstica. Esto contrasta con el hecho de que en aquellas culturas donde los asuntos de familia se consideran “privados” y ajenos al escrutinio público, las mujeres son abusadas con más frecuencia.



A menudo, las justificaciones para la violencia provienen de las normas de género, es decir, las normas sociales sobre las funciones y responsabilidades que le corresponden a los hombres y a las mujeres. En muchas culturas se sostiene que un hombre tiene el derecho de controlar el comportamiento de su mujer y que las mujeres que desafían ese derecho —incluso cuando piden dinero para el hogar o expresan las necesidades de los hijos e hijas— pueden ser castigadas. En países tan disímiles como Bangladesh, Camboya, India, México, Nigeria, Pakistán, Papua Nueva Guinea, Nicaragua, Tanzania y Zimbabwe, los estudios indican que, con frecuencia, la violencia se considera como un castigo físico —el derecho del marido a “corregir” a una esposa que ha cometido una falta—.² Como dijera un marido en una discusión de grupo focal en Tamil Nadu, India: “Si se trata de un error grave, entonces se justifica que el marido golpee a su mujer. ¿Por qué no? Una vaca no obedecería si no se le golpeará”.¹³⁴

En todo el mundo, los estudios identifican una lista constante de eventos que se dice que son los que “desatan” la violencia,¹³⁰ y entre los que están: desobedecer al marido, contestar mal, no tener la comida lista a tiempo, no cuidar adecuadamente de los niños o del hogar, cuestionar al marido sobre dinero o sus amigas, ir a algún lugar sin su permiso, negarse a tener sexo con él o expresar sospechas de infidelidad. Todas estas cosas representan transgresiones de las normas de género dominantes en muchas sociedades.

Si bien el marco ecológico tiene una amplia aceptación para conceptualizar la violencia, ha habido algunos intentos de explorar cómo los factores de riesgo a nivel individual y comunitario se relacionan entre sí e influyen, en última instancia, en la vulnerabilidad de las mujeres hacia la violencia. Un estudio realizado en Estados Unidos concluyó que la situación socioeconómica del vecindario tiene un mayor

impacto sobre el riesgo de violencia que los niveles de ingreso individuales de cada hogar.¹³⁵ Un estudio realizado en Bangladesh encontró que ciertos aspectos de la situación de las mujeres podrían aumentar o reducir el riesgo de que una mujer fuera maltratada, dependiendo de las condiciones socioculturales de la comunidad donde vive esa mujer. En uno de los sitios, caracterizado por normas más conservadoras sobre la función y la situación de las mujeres, aquellas mujeres con mayor autonomía personal y aquellas que habían participado por un corto periodo de tiempo en grupos de ahorro y crédito, experimentaron más violencia que las mujeres con menos autonomía. Las consideraciones en cuanto a la condición de las mujeres a nivel comunitario no tuvieron ningún efecto sobre el riesgo de violencia.

En el entorno menos conservador donde en general la posición de las mujeres era mejor, se observó lo contrario. En ese sitio, el nivel de autonomía individual y la participación en planes de crédito no tuvo impacto alguno en el riesgo de violencia, mientras que habitar en una comunidad donde más mujeres participaban en grupos de crédito y donde, en general, las mujeres ocupaban una posición más alta, tuvo un efecto protector. Estas conclusiones sugieren que la misma condición (movilidad o participación en un grupo de crédito) puede tener efectos totalmente distintos en el riesgo de violencia que corre una mujer, según sea si las normas de la comunidad consideran la actividad como aceptable. Estas conclusiones subrayan la complejidad de estos temas y los peligros de aplicar los conocimientos adquiridos de un sitio a otro sin comprender el contexto cultural más amplio.¹³⁶

¿CÓMO RESPONDEN LAS MUJERES ANTE EL ABUSO?

La mayoría de las mujeres abusadas no son víctimas pasivas sino que utilizan estrate-



gias activas para maximizar su seguridad y la de su prole. Algunas mujeres resisten, otras huyen y otras tratan de mantener la paz rindiéndose a las demandas de sus maridos. Lo que un observador puede interpretar como una falta de respuesta ante una vida con violencia, puede ser de hecho la evaluación estratégica de una mujer sobre lo que necesita hacer para sobrevivir y protegerse a sí misma y a sus hijos e hijas.

A menudo la respuesta de una mujer ante el abuso está limitada por las opciones que ella tiene a su disposición. Las mujeres constantemente citan razones similares por las cuales permanecen en relaciones abusivas: temor a la retribución, falta de otros medios de apoyo económico, preocupación por los hijos e hijas, dependencia emocional, falta de apoyo de la familia y las amistades, y una eterna esperanza de que “él cambiará”. En algunos países, las mujeres dicen que el hecho de ser soltera o divorciada sea socialmente inaceptable, constituye una barrera adicional que les impide salirse de matrimonios destructivos.²

Al mismo tiempo, la negación y el temor al estigma social impiden que las mujeres busquen ayuda. En numerosas encuestas, entre un 22 y casi un 70% de las mujeres abusadas dijeron que hasta el momento de la entrevista, nunca le habían contado a nadie sobre el abuso que habían sufrido. Las que buscan ayuda fundamentalmente lo hacen con sus familiares y amistades. Muy pocas contactaron a la policía alguna vez.^{1,20}

A pesar de los obstáculos, muchas mujeres eventualmente abandonan a sus parejas violentas, aunque sea después de muchos años. En un estudio realizado en León, Nicaragua, por ejemplo, el 70% de las mujeres abusadas eventualmente se separaron de sus abusadores. El tiempo promedio que las mujeres permanecieron en una relación violenta fue de seis años. Las mujeres más jóvenes tenían mayores

probabilidades de irse antes que las mujeres de más edad.¹³⁷

Los estudios sugieren que hay una serie de factores comunes que impulsan a una mujer a salirse de una relación abusiva: aumenta la severidad de la violencia, lo que despierta la realización de que su pareja no va a cambiar, o la violencia comienza a afectar a los hijos e hijas. Las mujeres también mencionan el apoyo emocional y logístico de sus familias o amistades como el aspecto central en su decisión de abandonar la relación.²

Salirse de una relación abusiva es un proceso de múltiples etapas que a menudo incluye periodos de negación, culpabilidad y resistencia antes de que las mujeres reconozcan el abuso como un patrón y se identifiquen con otras mujeres en la misma situación, empezando así a liberarse y a recuperarse. La mayoría de las mujeres se van y regresan varias veces antes de finalmente irse para siempre.¹³⁸ Sin embargo, el hecho de que se vaya no necesariamente garantiza la seguridad de la mujer, dado que la violencia puede continuar después de que se haya ido. De hecho, el riesgo de que una mujer sea asesinada por su abusador es a menudo mayor inmediatamente después de la separación.¹³⁹

DESAFÍOS PARA LA INVESTIGACIÓN MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO

Casi treinta años de investigación pionera en el campo de la violencia basada en el género, han ampliado considerablemente el conocimiento internacional sobre las dimensiones y la dinámica de la violencia. Sin embargo, aún existen muchos vacíos por lo que las y los investigadores interesados en la violencia basada en el género desde una perspectiva de salud pública enfrentan una serie de importantes desafíos:



- **La escasez de datos basados en la población limita la comprensión en cuanto a cómo la violencia afecta a diferentes grupos de mujeres.** Hasta hace muy poco, la mayoría de las investigaciones se realizaban con muestras no representativas de mujeres, a menudo con aquellas que habían estado en refugios o habían utilizado otros servicios para víctimas de la violencia. Si bien esos estudios son útiles para comprender la dinámica del abuso, no ofrecen datos sobre el total de mujeres afectadas ni tampoco brindan información sobre aquellas mujeres que no utilizan esos servicios, cuyo número, según la mayoría de las estimaciones, excede por mucho el de aquellas que buscan ayuda.
- **La mayoría de las cifras internacionales sobre la prevalencia de la violencia no son comparables.** Esto se debe principalmente a inconsistencias en la manera como se conceptualiza y se mide la violencia. Las y los investigadores necesitan llegar a un consenso en torno a los métodos de investigación sobre la violencia, que permita hacer comparaciones significativas entre los estudios. La coherencia metodológica no sólo se refiere a la definición de la violencia utilizando criterios similares, sino también al empleo de medidas para minimizar el reportaje insuficiente de la violencia, como por ejemplo, asegurar la privacidad durante la entrevista y dar capacitación especial sobre la violencia a las entrevistadoras.¹³⁹
- **La investigación sobre la violencia puede poner en riesgo a las mujeres.** Muchos trabajos han señalado que la investigación sobre la violencia conlleva una serie de riesgos inherentes tanto para las personas entrevistadas como para quienes entrevistan.¹⁴⁰ La Organización Mundial de la Salud elaboró una serie de recomendaciones para minimizar el riesgo de que las y los investigadores y participantes sufran daños.¹⁴¹ Sin embargo, dichas recomendaciones apenas se están incorporando de manera más amplia a la práctica de la investigación internacional.
- **Se necesita más investigación en el ámbito de la salud pública para comprender cómo la violencia afecta a las mujeres, a niñas y niños en diferentes entornos.** Los estudios sobre mujeres maltratadas demuestran una y otra vez el impacto negativo del abuso sobre la condición psicológica de las mujeres y sobre su salud reproductiva, y los estudios epidemiológicos emergentes indican que la violencia hacia las madres puede incluso afectar el peso de sus bebés al nacer y su sobrevivencia. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para determinar qué proporción del conjunto de problemas mentales y físicos que afectan a las mujeres puede atribuirse a la violencia, además de investigar los mecanismos a través de los cuales la violencia afecta la salud.
- **Se necesitan más investigaciones interculturales para revelar cómo las normas sociales y las instituciones promueven o desalientan los comportamientos violentos.** La mayoría de las y los investigadores concuerdan en que las normas culturales pueden afectar enormemente el grado y las características de la violencia, así como la manera en que actos específicos se interpretan en diferentes sociedades. Sin embargo, ha habido algunos intentos sistemáticos de comparar estos temas en diferentes entornos. La mayoría de las teorías sobre la dinámica del abuso se han basado en las experiencias de mujeres estadounidenses y europeas, y no está claro qué tan relevantes sean éstas para la mayoría de las mujeres de otras culturas.



■ **Hay pocas investigaciones que evalúan diferentes enfoques hacia la prevención de la violencia.** Aunque ha habido un considerable incremento en los programas basados en la comunidad y en la clínica, dirigidos a prevenir la violencia y a apoyar a las mujeres y a las niñas abusadas, son pocos los programas que se han evaluado o documentado de forma sistemática. Por ejemplo, muchos activistas y asociaciones profesionales en los Estados Unidos están alentando a las y los proveedores de salud a que le pregunten a cada mujer en cada visita si ha sufrido maltrato. Sin embargo, es poca la información que existe sobre lo que pasa con las mujeres una vez que han informado sobre la violencia que han experimentado, o si preguntarle a las mujeres es una herramienta útil que contribuye a su protección. En particular, es preciso desarrollar criterios para evaluar si las prácticas que son eficaces en un entorno podrían ser relevantes o factibles en otro entorno muy distinto.

El mayor reto que enfrentan los equipos de investigación en el ámbito de la violencia es aprender de los errores pasados, identificar las “mejores prácticas” y averiguar qué es lo que las hace exitosas, de manera que se puedan canalizar recursos y esfuerzos donde tengan la mayor probabilidad de hacer la diferencia.

1. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
2. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending Violence Against Women*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health; Population Information Program; 1999. Report No.: Series L, No. 11.
3. Campbell J, García-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence against Women*. 2004;10(7):770-789.
4. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359(9314):1331-1336.
5. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, et al. Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*. 1996;275(24):1915-1920.
6. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: Global scope and magnitude. *Lancet*. 2002;359(9313):1232-1237.
7. Shane B, Ellsberg M. *Violence Against Women: Effects on Reproductive Health*. Seattle, Washington: PATH, UNFPA; 2002. Report No.: 20 (1).
8. Denzin NK. Toward a phenomenology of domestic family violence. *American Journal of Sociology*. 1984;90:483-513.
9. Straus MA, Gelles RJ. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*. 1986;48:465-480.
10. United Nations General Assembly. *Declaration on the Elimination of Violence Against Women*. In: 85th Plenary Meeting. December 20, 1993. Geneva, Switzerland; 1993.
11. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: Correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science and Medicine*. 1997;45(8):1161-1176.
12. Johnson J, Sacco V. Researching violence against women: Statistics Canada's national survey. *Canadian Journal of Criminology*. 1995;37:281-304.
13. Kornblit AL. Domestic violence: An emerging health issue. *Social Science and Medicine*. 1994;39:1181-1188.
14. Claramunt MC. *Casitas Quebradas: El Problema de la Violencia Doméstica en Costa Rica*. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia; 1997.
15. Walker L. *The Battered Woman*. New York: Harper and Row; 1979.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES COMO UN ASUNTO DE SALUD Y DESARROLLO



16. García Moreno C, Watts C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L. Responding to violence against women: WHO's Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Health and Human Rights*. 2003;6(2):112-127.
17. Gossaye Y, Deyessa N, Berhane Y, et al. Women's health and life events study in rural Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*. 2003;17(Second Special Issue):1-49.
18. Raikes A. *Pregnancy, Birthing and Family Planning in Kenya: Changing Patterns of Behaviour: A Health Service Utilization Study in Kisii District*. Copenhagen, Denmark: Centre for Development Research; 1990.
19. Central Bureau of Statistics (CBS) [Kenya], Ministry of Health [Kenya], ORC Macro. *Kenya Demographic and Health Survey 2003*. Calverton, Maryland: CBS, MOH, and ORC Macro; 2004.
20. World Health Organization. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Report on the First Results*. Geneva, Switzerland: WHO; 2005.
21. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: Findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine*. 2002;55(9):1603-1617.
22. Macro International, South Africa Department of Health. *South Africa Demographic and Health Survey 1998: Preliminary Report*. DHS survey. Calverton, Maryland: Macro International; 1998.
23. Blanc AK, Wolff B, Gage AJ, et al. *Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda*. DHS Survey: Institute of Statistics and Applied Economics and Macro International Inc; 1996.
24. Kishor S, Johnson K. *Domestic Violence in Nine Developing Countries: A Comparative Study*. Calverton, Maryland: Macro International; 2004.
25. Watts C, Ndlovu M, Keogh E, Kwaramb R. Withholding of sex and forced sex: Dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*. 1998;6:57-65.
26. Handwerker WP. Power and gender: Violence and affection experienced by children in Barbados, West Indies. *Med Anthropol*. 1996;17(2):101-128.
27. Larrain SH. *Violencia Puertas Adentro: La Mujer Golpeada*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria; 1994.
28. Morrison AR, Orlando MB. Social and Economic Costs of Domestic Violence: Chile and Nicaragua. In: Morrison AR, Biehl ML, editors. *Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1999. 51-80.
29. Hassan F, Sadowski L, Shrikant B, et al. Physical intimate partner violence in Chile, Egypt, India and the Philippines. *Injury Control and Safety Promotion*. 2004;2:111-116.
30. PROFAMILIA. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995*. Bogotá, Colombia: PROFAMILIA and Macro International; 1995.
31. PROFAMILIA. *Salud Sexual y Reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*. Bogotá: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; 2000.
32. CEPAR C. *ENDEMAIN-94: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil: Informe General*. Quito, Ecuador: Centers for Disease Control, Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social; 1995.
33. Asociación Demográfica Salvadoreña. *Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2002-2003*. San Salvador, El Salvador: ADS, Centers for Disease Control; 2002.
34. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centers for Disease Control and Prevention. *Guatemala, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*. Guatemala City, Guatemala: MSPAS, CDC; 2003.
35. Secretaría de Salud Honduras. *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Encuesta Nacional de Salud Masculina, 2001*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control; 2002.
36. Ramírez J, et al. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: Resultados de un estudio piloto. *Cadernos de Saude Pública*. 1996;12(3):405-409.
37. Granados M. *Salud Reproductiva y Violencia Contra la Mujer: Un Análisis Desde la Perspectiva de Género*. Nuevo León, México: Asociación Mexicana de Población (AMEP), Consejo Estatal de Población, Nuevo León (COESPO), El Colegio de México; 1996.
38. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH)*. Distrito Federal, México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Nacional de las Mujeres, Fondo de Población de Naciones Unidas; 2004.



CAPÍTULO UNO

39. Ellsberg MC, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*. 1999;89(2):241-244.
40. Ellsberg M, Heise L, Peña R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: Methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*. 2001;32(1):1-16.
41. Rosales J, Loaiza E, Primante D, et al. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998*. Managua, Nicaragua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC); 1999.
42. CEPEP. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, 1995-1996*. Asunción, Paraguay: Centro Paraguayo de Estudios de Población, Centers for Disease Control and Prevention, USAID; 1997.
43. CEPEP. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004: ENDSSR 2004. Informe Resumido*. Asunción, Paraguay: Centro Paraguayo de Estudios de Población, Centers for Disease Control and Prevention, USAID; 2004.
44. Dávila AL, Ramos G, Mattei H. *Encuesta de Salud Reproductiva: Puerto Rico, 1995-96*. San Juan, Puerto Rico: CDC; 1998.
45. Traverso MT. *Violencia en la Pareja: La Cara Oculta de la Relación*. Washington, DC: IDB; 1999.
46. Johnson H. *Dangerous Domains: Violence Against Women in Canada*. Ontario, Canada: International Thomson Publishing; 1996.
47. Statistics Canada. *Family Violence in Canada: A Statistical Profile 2000*. Ottawa, Canada: Statistics Canada; 2000.
48. Tjaden P, Thoennes N. *Extent, Nature and Consequences of Intimate Partner Violence: Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC: National Institute of Justice, Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
49. Australian Statistics Bureau (ASB). *Women's Safety: Australia*. Belconnen, Australia: ASB; 1996.
50. Mouzos J, Makkai T. *Women's Experience of Male Violence: Findings from the Australian Component of the International Violence Against Women Survey (IVAWS)*. Canberra, Australia: Australian Institute of Criminology; 2004.
51. Schuler SR, Hashemi SM, Riley AP, Akhter S. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*. 1996;43(12):1729-1742.
52. Steele F, Amin S, Naved RT. Savings/credit group formation and change in contraception. *Demography*. 2001;38(2):267-282.
53. Nelson E, Zimmerman C. *Household Survey on Domestic Violence in Cambodia*. Phnom Penh, Cambodia: Ministry of Women's Affairs, Project Against Domestic Violence (PADV); 1996.
54. Parish W, Wang T, Laumann E, Pan S, Luo Y. Intimate partner violence in China: National prevalence, risk factors and associated health problems. *International Family Planning Perspectives*. 2004;30(4):174-181.
55. Hakimi M, Nur Hayati E, Ellsberg M, Winkvist A. *Silence for the Sake of Harmony: Domestic Violence and Health in Central Java, Indonesia*. Yogyakarta, Indonesia: Gadjah Mada University, PATH, Rifka Annisa, Umea Univeristy; 2002.
56. Fanslow J, Robinson EM. Violence against women in New Zealand: Prevalence and health consequences. *The New Zealand Medical Journal*. 2004;117(1206):1173-1184.
57. Toft S, Bonnell S. *Marriage and Domestic Violence in Rural Papua New Guinea, Occasional Paper No. 18, 1985*. Boroko, Papua New Guinea: Law Reform Commission; 1985.
58. Macro International, National Statistics Office of Philippines. *National Safe Motherhood Survey, 1993*. Manila, Philippines: National Statistics Office, Macro International; 1994.
59. Cabaraban M, Morales B. *Social and Economic Consequences for Family Planning Use in Southern Philippines*. Cagayan de Oro City, Philippines: Research Institute for Mindanao Culture; 1998.
60. Kim K-I, Cho Y-G. Epidemiological Survey of Spousal Abuse in Korea. In: Viano EC, ed. *Intimate Violence: Interdisciplinary Perspectives*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corp.; 1992. p. 277-282.
61. Krantz G. *Domestic violence against women: A population-based study in Vietnam*. Stockholm; 2003.
62. Herold J, Seither R, Ylli A, et al. *Albania Reproductive Health Survey 2002: Preliminary Report*. Tirana, Albania: Institute of Public Health, Albania Ministry of Health, Institute of Statistics, CDC-Atlanta; 2003.
63. Serbanescu F, Morris L, Rahimova S, Stupp P. *Reproductive Health Survey, Azerbaijan, 2001. Final Report*. Atlanta, Georgia: Azerbaijan Ministry of Health and Centers for Disease Control and Prevention; 2003.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES COMO UN ASUNTO DE SALUD Y DESARROLLO



64. Heiskanen M, Piisspa M. *Faith, Hope, Battering: A survey of men's violence against women in Finland*. Helsinki, Finland: Statistics Finland, Council for Equality; 1998.
65. Jaspard M, Brown E, Condon S, et al. *Les Violences envers les Femmes en France: Une Enquete Nationale*. Paris, France: Idup, Ined, CNRS, Universite de Paris Dauphine; 2001.
66. Serbanescu F, Morris L, Nutsbidze N, Imnadze P, Shaknazarova M. *Reproductive Health Survey Georgia, 1999-2000. Final Report*. Atlanta, Georgia: Georgian National Center for Disease Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2001.
67. Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (BMFSFJ). *Health, Well-being and Personal Safety of Women in Germany: A Representative Study of Women in Germany*. Bonn, Germany: BMFSFJ; 2004.
68. Women's Issues Information Centre (WHC), United Nations Development Fund for Women (UNIFEM). *Violence against Women in Lithuania*. Vilnius, Lithuania: WHC, UNIFEM; 1999.
69. Römken R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands: Combining quantitative and qualitative methods in survey research. *Journal of Interpersonal Violence*. 1997;12:99-125.
70. Schei B, Bakketeig LS. Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse. A study of a random sample of Norwegian women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1989;96(12):1379-1383.
71. Schei B. *Report from the First National Norwegian Study on Violence against Women*. Oslo, Norway: Statistics Norway; forthcoming.
72. Serbanescu F, Morris L, Stratila M, Bivol O. *Reproductive Health Survey, Moldova, 1997*. Atlanta, Georgia: Institute for Mother and Child Health Care and Centers for Disease Control and Prevention; 1998.
73. Serbanescu F, Morris L, Marin M. *Reproductive Health Survey, Romania, 1999. Final Report*. Atlanta, Georgia: Romanian Association of Public Health and Management and Centers for Disease Control and Prevention; 2001.
74. Russian Center for Public Opinion and Market Research, Centers for Disease Control and Prevention. *1999 Russian Women's Reproductive Health Survey: A Follow-up of Three Sites. Final Report*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
75. Lundgren E, Heimer G, Westerstand J, Kalliokoski A-M. *Captured Queen: Men's Violence Against Women in "Equal" Sweden: A Prevalence Study*. Umeå, Sweden: Fritzes Offentliga Publikationer; 2001.
76. Gillioz L, De Puy J, Ducret V. *Domination et Violence Envers la Femme dans le Couple*. Geneva, Switzerland: Editions Payot Lausanne; 1997.
77. Killias M, Simonin M, De Puy J. *Violence Experienced by Women in Switzerland over their Lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS)*. Berne, Switzerland: Staempfli Publishers Ltd; 2005.
78. Ilkkaracan P. Exploring the context of women's sexuality in eastern Turkey. *Reproductive Health Matters*. 1998;6(12).
79. KIIS, CDC, USAID. *1999 Ukraine Reproductive Health Survey*. Kiev, Ukraine: Kiev International Institute of Sociology, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Agency for International Development; 2001.
80. Mooney J. *The Hidden Figure: Domestic Violence in North London*. London, UK: Middlesex University; 1993.
81. Walby S, Allen J. *Domestic Violence, Sexual Assault and Stalking: Findings from the British Crime Survey*. London, U.K.: Home Office Research, Development and Statistics Directorate; 2004.
82. El-Zanaty F, Hussein EM, Shawky GA, Way AA, Kishor S. *Egypt Demographic and Health Survey 1995*. Calverton, Maryland: Macro International; 1996.
83. Haj-Yahia MM. *The First National Survey of Abuse and Battering Against Arab Women from Israel: Preliminary Results*. Unpublished; 1997.
84. Haj-Yahia MM. *The Incidence of Wife Abuse and Battering and Some Socio-demographic Correlates as Revealed in Two National Surveys in Palestinian Society*. Ramallah, The Palestinian Authority: Besir Center for Research and Development; 1998.
85. Sadowski L, Hunter W, Bangdiwala S, Munoz S. The world studies of abuse in the family environment (WorldSAFE): A model of a multi-national study of family violence. *Injury Control and Safety Promotion*. 2004;11(2):81-90.
86. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual Coercion and Women's Reproductive Health: A Focus on Research*. New York, New York: Population Council; 1995.
87. World Health Organization. *Violence Against Women: A Priority Health Issue*. Fact sheets. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997.
88. Jewkes R, Levin J, Mbananga N, Bradshaw D. Rape of girls in South Africa. *Lancet*. 2002;359(9303):319-320.



CAPÍTULO UNO

89. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: An overview. *Social Science and Medicine*. 2002;55(7):1231-1244.
90. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*. 1994;18(5):409-417.
91. Jejeebhoy S, Bott S. *Non-consensual Sexual Experiences of Young People: A Review of the Evidence from Developing Countries*. South and East Asia Regional Working Papers. New Delhi, India: Population Council; 2003. Report No.: 16.
92. Zimmerman C, Yun K, Shvab I, et al. *The Health Risks and Consequences of Trafficking in Women and Adolescents: Findings from a European Study*. London, United Kingdom: London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM); 2003.
93. Orhant M, Murphy E. Trafficking in Persons. In: Murphy E, Ringheim K, editors. *Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*. Washington, DC: PATH; 2002.
94. Swiss S, Jennings PJ, Aryee GV, et al. Violence against women during the Liberian civil conflict. *Journal of the American Medical Association*. 1998;279:625-629.
95. Ward J. *If Not Now, When? Addressing Gender-based Violence in Refugee, Internally Displaced and Post-conflict Settings: A Global Overview*. New York, New York: Reproductive Health Response in Conflict Consortium; 2002.
96. Ward J, Vann B. Gender-based violence in refugee settings. *Lancet*. 2002;360 Suppl:s13-14.
97. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *New England Journal of Medicine*. 1999;341(25):1892-1898.
98. Fleming JM. Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample of Australian women. *Medical Journal of Australia*. 1997;166(2):65-68.
99. Handwerker WP. Gender power differences between parents and high-risk sexual behavior by their children: AIDS/STD risk factors extend to a prior generation. *Journal of Women's Health*. 1993;2(3):301-316.
100. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, et al. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *Journal of the American Medical Association*. 1997;278(2):131-135.
101. Krugman S, Mata L, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: A pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics*. 1992;90(1 Pt 2):157-161.
102. Schotensack K, Elliger T, Gross A, Nissen G. Prevalence of sexual abuse of children in Germany. *Acta Paedopsychiatrica*. 1992;55(4):211-216.
103. Singh HS, Yiing WW, Nurani HN. Prevalence of childhood sexual abuse among Malaysian paramedical students. *Child Abuse and Neglect*. 1996;20(6):487-492.
104. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse and Neglect*. 1997;21(8):789-803.
105. Olsson A, Ellsberg M, Berglund S, et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: A population-based anonymous survey. *Child Abuse and Neglect*. 2000;24(12):1579-1589.
106. Pedersen W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*. 1996;91(4):565-581.
107. López F, Carpintero E, Hernandez A, Martin MJ, Fuertes A. Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse and Neglect*. 1995;19(9):1039-1050.
108. Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD, et al. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: Results of a cross sectional study. *British Medical Journal*. 1996;312(7042):1326-1329.
109. Tschumper A, Narring F, Meier C, Michaud PA. Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. *Acta Paediatrica*. 1998;87(2):212-217.
110. Wilsnack SC, Vogeltanz ND, Klassen AD, Harris TR. Childhood sexual abuse and women's substance abuse: National survey findings. *J Stud Alcohol*. 1997;58(3):264-271.
111. Luster T, Small SA. Sexual abuse history and problems in adolescence: Exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*. 1997;59:131-142.
112. Stock JL, Bell MA, Boyer DK, Connell FA. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*. 1997;29(5):200-203, 227.
113. Golding J. Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychology of Women Quarterly*. 1996;20:101-121.
114. Walker EA, Katon WJ, Roy-Byrne PP, Jemelka RP, Russo J. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*. 1993;150(10):1502-1506.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES COMO UN ASUNTO DE SALUD Y DESARROLLO



115. Golding JM. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health*. 1996;19(1):33-44.
116. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*. 2002;162(10):1157-1163.
117. García-Moreno C, Watts C. Violence against women: Its importance for HIV/AIDS. *AIDS*. 2000;14(Suppl 3):S253-265.
118. Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. The intersections of HIV and violence: Directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*. 2000;50(4):459-478.
119. Maman S, Mbwapo JK, Hogan NM, et al. HIV-positive women report more lifetime partner violence: Findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*. 2002;92(8):1331-1337.
120. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, et al. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*. 2004;363(9419):1415-1421.
121. Petersen R, Gazmararian JA, Spitz AM, et al. Violence and adverse pregnancy outcomes: A review of the literature and directions for future research. *American Journal of Preventive Medicine*. 1997;13(5):366-373.
122. Nasir K. Violence against pregnant women in developing countries. *European Journal of Public Health*. 2003;13(2):105-107.
123. Valladares E, Ellsberg M, Peña R, Högberg U, Persson L-Å. Physical partner abuse during pregnancy: A risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics and Gynecology*. 2002;100(4):100-105.
124. Murphy D, Schei B, Myhr T, Du Mont J. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. 2001;164:1567-1572.
125. Bailey JE, Kellermann AL, Somes GW, et al. Risk factors for violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*. 1997;157(7):777-782.
126. Smith PH, Moracco KE, Butts JD. Partner homicide in context: A population-based perspective. *Homicide Studies*. 1998;2(4):400-421.
127. Mathews S, Abrahams N, Martin L, et al. *Every Six Hours a Woman is Killed by her Intimate Partner: A National Study of Female Homicide in South Africa*. Pretoria, South Africa: Gender and Health Research Group, Medical Research Council, South Africa; 2004.
128. Counts D, Brown JK, Campbell JC. *To Have and To Hit*. 2nd ed. Chicago, Illinois: University of Chicago Press; 1999.
129. Levinson D. *Violence in Cross-cultural Perspective*. Newbury Park, California: Sage Publishers; 1989.
130. Heise L. Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence against Women*. 1998;4(3):262-290.
131. Jewkes R. Intimate partner violence: Causes and prevention. *Lancet*. 2002;359(9315):1423-1429.
132. Koenig MA, Lutalo T, Zhao F, et al. Coercive sex in rural Uganda: Prevalence and associated risk factors. *Social Science and Medicine*. 2004;58:787-798.
133. Koenig M, Lutalo T, Zhao F, et al. Domestic violence in rural Uganda: Evidence from a community-based study. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;81:53-60.
134. Jejeebhoy SJ. Wife-beating in rural India: A husband's right? *Economic and Political Weekly (India)*. 1998;23(15):855-862.
135. O'Campo P, Gielen AC, Faden RR, et al. Violence by male partners against women during the childbearing year: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*. 1995;85(8):1092-1097.
136. Koenig MA, Ahmed S, Hossain MB, Khorshed Alam Mozumder AB. Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual- and community-level effects. *Demography*. 2003;40(2):269-288.
137. Ellsberg MC, Winkvist A, Peña R, Stenlund H. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55(8):547-555.
138. Landenburger K. A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing*. 1989;10(3-4):209-227.
139. Campbell J. *Assessing Dangerousness: Violence by Sexual Offenders, Batterers, and Child Abusers*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1995.
140. Ellsberg M, Heise L. Bearing witness: Ethics in domestic violence research. *Lancet*. 2002;359(9317):1599-1604.
141. World Health Organization. *Putting Women's Safety First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women*. Geneva, Switzerland: Global Programme on Evidence for Health Policy, World Health Organization; 1999. Report No.: WHO/EIP/GPE/99.2.